

Weiland, Bianca

Die Wahrnehmung des Sozialraumes
einer psychiatrischen Klinik durch Rehabilitanden
am Beispiel einer Einrichtung in Nordsachsen

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. phil. Stephan Beetz

Zweitprüfer: Frau Dipl. Soz.-päd. Katrin Deubel

Bibliographische Beschreibung:

Weiland, Bianca:

Es gibt keine Kooperationssperren

Referat:

Die Bachelorarbeit setzt sich mit Aneignungsprozessen von Räumen und Plätzen durch Erwachsene auseinander. Im Fokus steht dabei die subjektive Wahrnehmung dieser Orte in Verbindung mit deren sozialer Funktion.

Untersucht wird diese Sozialraumwahrnehmung mittels der Beantwortung von Fragebögen durch Rehabilitanden der Fachklinik für Drogenrehabilitation Wermsdorf. Hierbei wird unter Berücksichtigung des Therapiekonzeptes die Auseinandersetzung und Veränderung von Sozialräumen analysiert.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
1 Einleitung	1
2 Definitionen.....	4
2.1 Wahrnehmung.....	4
2.2 Vom geographischen Raum zum Sozialraum	5
2.3 Sozialraumaneignung	7
3. Vorstellung der Klinik	12
3.1 Lage der Klinik	12
3.2 Beschreibung der Klinik	13
3.3 Auszug aus dem Therapiekonzept.....	17
4 Erstellung des Fragebogens	19
5 Situation der Rehabilitanden während der Befragung	27
6 Auswertung der Fragebögen und Bezugnahme zur Hypothese	29
6.1 allgemeiner Fokus.....	29
6.2 Vergleich der Wahrnehmung klinikinterner Räume (Prioritätentabelle)...	30
6.3 Vergleich der Wahrnehmung der klinikexternen Umgebung (Mental-Map)	35
6.4 Vergleich der Wahrnehmung klinikexterner Räume und Plätze	38
6.5 Längsschnittbetrachtung (Panelstudie)	39
6.6 Auswertung in Bezug auf die Hypothese	40
7. Fazit	41
8 Quellen	42
8.1 Literaturverzeichnis:	42
8.2 Internetverzeichnis:.....	43
Selbstständigkeitserklärung	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zonenmodell nach D. Baake	9
Abbildung 2: Inselmodell nach H. Zeiher.....	11
Abbildung 3: Lageplan der Klinik.....	16
Abbildung 4: Gesamtangaben der Orte (O-Phase)	31
Abbildung 5: Gesamtangaben der Orte (K-Phase).....	31
Abbildung 6: Prioritäten der Räume (O-Phase).....	33
Abbildung 7: Prioritäten der Räume (K-Phase)	33
Abbildung 8: Zweck Außenflächen.....	34
Abbildung 9 Angaben klinikinterner Ortsangaben in Prozent.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zonenmodell nach D. Baake	10
Tabelle 2: Modell nach Thomas	11
Tabelle 3: Cluster der Orte der Prioritätenliste	25
Tabelle 4: Cluster der Begründungen der Raumnutzung	26
Tabelle 5: Angaben Priorität der Räume durch Rehabilitanden (O-Phase).....	30
Tabelle 6 : Angaben Priorität der Räume durch Rehabilitanden (K-Phase)	30
Tabelle 7: Angaben klinikinterner Räume in Prozent.....	36
Tabelle 8: Anzahl der klinikinternen und –externen Orte (Längsstudie).....	39

1 Einleitung

Ich, Bianca Weiland (Direktstudentin im sechsten Semester der Studienrichtung Soziale Arbeit Bachelor), arbeite seit Juni 2012 als gelernte Kranken- und Gesundheitspflegerin stundenweise im Pfllegeteam der Fachklinik für Drogenrehabilitation Wermsdorf. Wermsdorf ist auch seit 10 Jahren mein Wohnort, sodass mir Straßen, Gebäude und Plätze, sowie die Umgebung in Wermsdorf geläufig sind.

Ich wollte mich in meiner Bachelorarbeit mit einem für mich praxisnahen wertfreien Thema beschäftigen. Da ich mich sowohl im Personalteam der Klinik sehr gut integriert, als auch von den Rehabilitanden angenommen fühle, fiel mir die Entscheidung nicht schwer, mich mit einem kliniknahen Thema zu beschäftigen. Hierbei wollte ich jedoch weder auf die Krankheitsbilder noch auf die Biographien der Rehabilitanden eingehen, da diese sehr komplex (es werden Drogenabhängige mit Doppeldiagnosen, unter anderem schwere Traumata, behandelt) und sehr persönlich sind.

In den Vorlesungen von Herrn Prof. Dr. phil. Stephan Beetz habe ich erstmals vom Thema Sozialraumorientierung gehört. Ich empfand es als höchst interessant, wie Menschen ihren individuellen sozialen Raum wahrnehmen, wie sie sich diesen Erschließen und welche Bedeutung Räume und Plätze für sie im Gesamtkontext haben. Für mich und meine Arbeit in der Fachklinik ergaben sich immer mehr Fragen. Im Gespräch mit Herrn Prof. Dr. phil. St. Beetz, meinem Erstleser und Betreuer dieser Arbeit, wurden meine Gedanken und Ziele gerichtet und in einen für eine Bachelorarbeit machbaren Rahmen gebracht.

Die Rehabilitationsklinik hat ein sehr breitgefächertes Angebot an Räumen und Plätzen (siehe Kapitel 3.2 Beschreibung der Klinik) und ihren jeweiligen sozialen Kontexten. Ziel dieser Arbeit sollte es sein herauszufinden, ob die vorhandenen Orte der Klinik den Rehabilitanden ausreichen, damit sie sich wohlfühlen. Oder ob es Orte gibt, die ihnen noch fehlen würden. Welche Räume

werden überhaupt wahrgenommen und mit welcher Priorität sind Räume wichtig für die Betroffenen?

Der Großteil der Rehabilitanden war noch nie in Wermsdorf und sind Neulinge in dieser Umgebung. Die Länge der eigentlich geplante Aufenthaltsdauer der Betroffenen von (meistens) 24 Wochen war ein weiteres positives Kriterium die Untersuchung der Sozialraumwahrnehmung durch Erwachsene in dieser Klinik durchzuführen. Es war dadurch für mich auch interessant herauszufinden, ob sich während dieser Zeit die Wahrnehmung und Priorität der Klinikräume durch die Rehabilitanden verändert. Das Therapiekonzept ermöglicht mir eine weitere Fragestellung. Die Therapiezeit wird in drei Phasen eingeteilt (siehe Kapitel 3.3 Auszug aus dem Therapiekonzept). In der ersten Zeit (O-Phase) der Aufenthalte der Rehabilitanden dürfen diese das Klinikgelände gar nicht und später nur in Begleitung verlassen. Mit Erreichen der nächsten Phase (K-Phase) ist das Entfernen vom Gelände auch ohne Begleitung möglich. Der Rehabilitand hat verstärkt die Chance Räume und Plätze auch inner- und außerhalb Wermsdorfs sich zu erschließen. Meine Frage diesbezüglich ist, ob das eine Rolle für die Rehabilitanden spielt. Gibt es klinikexterne Orte innerhalb Wermsdorfs, die eine hohe Relevanz für die Rehabilitanden haben.

Anhand von Umfragen durch Fragebögen wollte ich dies herausfinden.

Die Erlaubnis dazu bekam ich in Rücksprache mit dem leitenden Chefarzt der Fachklinik für Drogenrehabilitation Herrn Dr. med. Abiodun Bernard Joseph und der leitenden Sozialarbeiterin Frau Dipl. Soz.-päd. Katrin Deubel, welche meine Zweitleserin ist. Beiden bin ich für Ihre Unterstützung sehr dankbar.

Da der Phasenwechsel und die damit verbundenen Konsequenzen nach circa 5 Wochen stattfindet und ich den Rehabilitanden noch einen Spielraum von 6 Wochen geben wollte, damit sie die Chance hatten die klinikexterne Umgebung zu erkunden, habe ich zwischen den beiden Umfragen 11 Wochen vergehen lassen.

Schlussfolgernd war ich gezwungen die erste Umfrage zeitig zu machen und habe daher, ausschließlich mit dem Wissen aus den Vorlesungen und ohne Literaturrecherche einen Fragebogen konzipiert.

Bei der Bearbeitung des Themas wurde mir schnell bewusst, dass ich mich auf bisher wissenschaftlich wenig beachtetem Terrain befinde. Die Literaturrecherche gestaltete sich als äußerst schwierig. Es gibt mittlerweile viele Konzepte zur Aneignung von sozialen Räumen. Da diese auf unterschiedlichen Grundlagen basieren (z.B. basiert ein Großteil davon auf Untersuchungen der Sozialraumwahrnehmung von Kindern und Jugendlichen), ist es sehr schwer genau das Passende für diese Arbeit herauszufinden. Am ersten August 2014 publizierte jedoch U. Deinet, einer der in Deutschland momentan führenden Sozial- und Kulturwissenschaftler, der sich von jeher mit dem Thema der Aneignung von Räumen beschäftigte, seine Erkenntnisse zu diesem Thema er versucht sämtliche wissenschaftliche Auseinandersetzungen zum Thema Sozialraumaneignung zu vereinen. Es sind Ansätze von Leontjew und Wygotzki (klassisches Aneignungskonzept), Holzkamp (kritische Psychologie), D. Baake (Zonenmodell) und Thomas sowie dem Inselmodell von Zeiher kombiniert. Ich habe mich hauptsächlich auf das Werk „Vom Aneignungskonzept zur Activity Theory“ von Prof. Dr. Ulrich Deinet (2014), einem deutschen Diplompädagogen mit Professur für Didaktik und Methodik der Sozialpädagogik an der Fachhochschule Düsseldorf, konzentriert. Jedoch beschäftigte sich Deinet hauptsächlich mit der Sozialraumwahrnehmung von Kindern und Jugendlichen.

Außerdem konnte ich einen guten Bezug zum Buch „Asyle – über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ von E. Goffmann (1973), einem us-amerikanischen Soziologen und dem Urvater der Aneignungstheorie, herstellen.

Bei der Auswertung der Mental-Maps habe ich mich auf das publizierte Wissen von Daniela Ziervogel konzentriert.

2 Definitionen

2.1 Wahrnehmung

Die Wahrnehmung ist ein Prozess bei dem innere und äußere Reize aufgenommen, kognitiv verarbeitet und selektiert werden. Individuell wichtige Informationen werden anschließend gespeichert. Hierbei spielen physiologische, physikalische und psychologische Gesetze eine Rolle. Der Wahrnehmende bekommt ein klares, eindringliches Bild seiner Umwelt oder seines Körpers.

Rein physiologisch werden Informationen aus der Umwelt und aus dem inneren des eigenen Körpers durch Rezeptoren (vorwiegend der Sinnesorgane) aufgenommen und zum Gehirn geleitet um dort kognitiv und emotional verarbeitet zu werden. Jedoch betrifft das nicht alle einströmenden Reize, sondern nur diejenigen, die geistig auch bewältigt und angewendet werden können. Sie dienen der Adaption des Wahrnehmenden an seine Umwelt.

Physikalisch ist es für die Wahrnehmung von Dingen und Emotionen wichtig, dass diesbezügliche Reizschwellen überschritten werden. Bei einem zu geringen Reiz wird dieser nicht verarbeitet. Ebenso spielen Gesetze, wie die der Täuschungen, eine Rolle.

Psychologisch gibt der Prozess der Wahrnehmung dem Individuum erst die Möglichkeit auf seine Umwelt mit einem bestimmten Verhalten zu reagieren. Jeder empfangene Reiz wird mit einem Gefühl verknüpft. Dies ist ein individueller Vorgang, der vorerst die aufgenommene Information mit den eigenen Erinnerungen und Erfahrungen assoziiert. Anschließend wird die Situation kombiniert und beurteilt um zum Schluss zu Erkenntnissen zu gelangen, beziehungsweise die Situation zu verstehen. Für die darauf folgende Handlung ist auch die persönliche Gewichtung der einzelnen Komponenten von Bedeutung. So gibt es Menschen, die sich eher bildhaft und andere die eher durch andere Sinneseindrücke (zum Beispiel durch Schmerz oder Glück, Gerüche) orientieren.

Irrelevante Reize werden nicht in der Erinnerung gespeichert. So ist davon auszugehen, dass die befragten Rehabilitanden durchaus mehr Räume und Plätze in ihrem jetzigen Umfeld (zum Zeitpunkt der Befragung) wahrgenommen haben, diese jedoch nicht von Bedeutung für sie sind und sie diese deshalb nicht mit im Mental-Map aufgezeichnet haben. Dieser Punkt und die teilweise sehr bildhafte Einprägung von Orten durch einzelne Rehabilitanden fließen in der Mental-Map-Auswertung mit ein.

Dies spiegelt sich auch in der Aussage von Hobmair nieder, der schlussfolgernd sagte (Vgl. Hobmair 2008), dass auf Grund unserer persönlichen, jeweils eigenen Wahrnehmung wir uns unsere eigene reale aber subjektive Welt vermitteln. Jedoch wird ausschließlich das wahrgenommen, was unseren Erwartungen, Erfahrungen und Bedürfnissen entspricht und keine reinen objektiven Reize. Von daher ist unsere individuell wahrgenommen Welt nie objektiv sondern immer subjektiv.

Wahrnehmungsstörungen werden in meiner Arbeit nicht berücksichtigt.

2.2 Vom geographischen Raum zum Sozialraum

In der Wahrnehmung von Räumen spielen fast alle Sinneswahrnehmungen eine Rolle. Räume werden durch ihr Aussehen, ihren Geruch, eventuelle Geräusche und Klänge, ihrer Temperatur und möglicherweise anderen Sinneswahrnehmungen über der Haut (zum Beispiel Luftzug) registriert. Die Tiefensensibilität ist wiederum sehr wichtig für die Wahrnehmung des Körpers im Raum. Der geographische Raum ist für den Menschen interpretierbar.

Doch erst im Kontext von sozialen Handlungen werden Räume nutzbar und erlebt. Mit dem Sinn des Raumes prägt sich dieser auch ein. Hierbei scheinen auch Sozialisationsprozesse in der Raumwahrnehmung und –nutzung nicht unwesentlich zu sein. Auf die Biographie der Befragten möchte ich jedoch keinen Bezug nehmen.

Nina Baur beschreibt in ihrem Artikel vom 21.03.2013 „Die Interaktion von Mensch und Raum durch Raumproduktion, Raumwahrnehmung und Rauman eignung“ die Situation der Raumwahrnehmung und -konstruktion wie folgt:

„Im Zeitverlauf wirken Menschen und (physischer) Raum wechselseitig aufeinander ein. So sehr der (physische) Raum für den Mensch einen Handlungsrahmen darstellt, das in der konkreten Interaktionssituation hinderlich oder förderlich wirken kann, so sehr ist der Raum selbst auch sozial konstruiert: Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen von Raum, nutzen und (re-)produzieren ihn auf unterschiedliche Weise.“ (Baur, 2013).

Aus einer geographisch und räumlich manifestierten Umwelt wird durch die Nutzung und Erschaffung oder Veränderung dieser erst ein sozialer Kontext hergestellt. Es geht um das Leben in diesem Umfeld, um soziale Beziehungen, Entfernungen zu anderen Orten wo man agieren möchte, es geht um die Gemeinschaft und gesellschaftliche Teilhabe im Kontext von Orten. Das macht einen Sozialraum aus.

Bei der sich zu erschließenden Raumnutzung durch die Wahrnehmung dieser und dem Willen darin zu agieren kommt es zu Aneignungsprozessen der Orte, beziehungsweise es entsteht im sozialen Handlungskontext der individuelle Sozialraum.

Deinet, der jedoch stark im Bereich der Sozialraumwahrnehmung durch Kinder und Jugendliche geforscht hat, sieht die Sozialraumorientierung und dessen Ziele wie folgt:

„Der Terminus „Sozialraum“ beschreibt räumlich definierbare und messbare Lebenslagen, ökonomische Verhältnisse und unterschiedliche Defizitstrukturen, beispielsweise mit besonderem Förder- und Unterstützungsbedarf. Im Verbund mit Jugendhilfe, Kultur-, Jugendarbeit und Schule wird im positiven Sinne das Subjekt, etwa das Kind oder der Jugendliche, zugunsten seiner aktiven Lebensweltaneignung und möglichen Bildungschancen im Mittelpunkt seines Sozialraums gesehen. Determinanten und Chancen für gelingende Sozialisation liegen in jeder Form von Umwelt: Schule, Jugendarbeit, Familie, Freundeskreis, Szene, Medienwelt oder dem öffentlichen Raum. Dies bedeutet öffentlich-professionell steigenden Kooperations- und

Vernetzungsbedarf der AkteurInnen in lebensweltlichen, sozialräumlichen und expansiv zu nutzenden Territorien, die so zu attraktiven Räumen aktiver Aneignung werden können“ (Deinet 2008: S. 724)

2.3 Sozialraumaneignung

Die Grundlage für die Erschließung von Sozialräumen stelle ich anhand der Publikation von U. Deinet. (2014, Vom Aneignungskonzept zur Activity Theory) vor.

Bei **Leontjew**, einem sowjetischen Psychologen und dem Urvater der Aneignungstheorie, steht das Subjekt, also der Mensch, im Mittelpunkt seiner Handlungen, Wahrnehmungen und seiner daraus resultierenden Entwicklung. Die Entwicklung eines Individuums sei also geprägt durch die eigenständige aktive Auseinandersetzung mit seiner Umwelt und durch „*Aneignung der gegenständlichen und symbolischen Kultur*“ (Deinet 2014, S.11).

Unsere Umwelt ist dadurch geprägt, dass sie schon durch Menschen geschaffen und verändert wurde. Bei der „Gegenstandsdeutung“ nach Leontjew geht es darum, dass Dinge durch menschliche Tätigkeiten angefertigt werden. Das Objekt (der Gegenstand) und das Subjekt (der Mensch) stehen durch einen produktiven Vorgang in einer Beziehung zueinander. Der Zweck des Objektes wird durch das Subjekt in ihn „hineingearbeitet“. Im Aneignungsprozess geht Leontjew davon aus, dass ein Mensch (vorzugsweise Kinder und Jugendliche) im Umkehrschluss ein Objekt aus seiner Gewordenheit begreift. Der Gegenstand repräsentiert die menschlichen Fähigkeiten und Eigenschaften seiner Macher. Bewusstsein entsteht aus der aktiven Aneignung von Objekten. Ebenso bekommen diese Objekte ihre Bedeutung und Sinnhaftigkeit. (Vgl. Deinet 2014, S. 11 ff.).

Es kann auch zu Fehlinterpretationen der Objekte kommen. „*Die Auflösung dieses Widerspruchs gelingt ... dadurch, dass das Motiv im Inhalt der Handlung und nicht, wie bei der produktiven Tätigkeit, im Ergebnis liegt.*“ (Deinet, 2014, S. 19).

Durch das Ausprobieren neuer Handlungsstrategien ist es möglich die wahre Sinnhaftigkeit des Objektes herauszufinden.

Klaus **Holzkamp**, ein deutscher Psychologe und Gründer der „kritischen Psychologie“, erweiterte das Konzept von Leontjew dahingehend, dass er sagte, dass auch gesellschaftliche Aspekte in den Aneignungsprozess mit einfließen. So können zum Beispiel mittels der Sprache Wörter genannt werden, deren Eigenschaften für das Gegenüber rein interpretiert werden können. Diese Eigenschaften sind bereits mit dem Wort verbunden (Vgl. Deinet, 2014, S. 17ff.).

In weiteren Untersuchungen bezüglich des Aneignungskonzeptes fand Martha **Muchow**, eine deutsche Psychologin, heraus, dass die subjektive Wahrnehmung von Objekten entscheidend zu deren Aneignung beiträgt. Man geht davon aus, *„... dass sich Umwelt nicht direkt auf das Verhalten von Kindern auswirkt, sondern dass die Art, wie ein Individuum eine Situation oder überhaupt seine 'Welt' wahrnimmt und erlebt, sein Verhalten entscheidend bestimmt.“* (Deinet, 2014, S. 29/ 30). Das würde laut Muchow auch die unterschiedliche Herangehensweise und dann auch Nutzung zwischen Erwachsenen und Kindern erklären. Erwachsene haben sich im Laufe der Zeit Wissen und Gesetzmäßigkeiten angeeignet und verinnerlicht, welches vielfach höher ist, als das eines Kindes. Bezüglich der Sozialraumaneignung unterstützt Muchow mit ihren Untersuchungen die Feststellung, dass Kinder ihren Raum kreisförmig vom Aufenthaltsort mit tendenzieller Entfernung wahrnehmen. Dabei erweitert sich der Handlungsraum mit zunehmendem Alter. (Vgl. Deinet, 2014, S. 29f.).

Die sozialökologischen Ansätze von Dieter **Baake** und Urie **Bronfenbrenner**, ein amerikanischer Entwicklungspsychologe, beschreiben den Zusammenhang zwischen Räumen und den Menschen, die in diesen leben und deren Kontext so wahrgenommen wird, dass die Menschen auch die Kontexte leben. Es ist eine ständige Wechselwirkung zwischen Umwelt und den Menschen aus deren Folge sie sich weiterentwickeln.

Im Fokus der Untersuchungen von Bronfenbrenner stehen verschiedene Ökosysteme. Durch diese wird die Entwicklung der Menschen sehr beeinflusst. Sie kategorisiert verschiedene Beziehungsmöglichkeiten zwischen Menschen. In diesen Kategorien werden sämtliche gesellschaftliche Einflüsse, sodass es ein sehr komplexes System ergibt (Vgl. Deinet, 2014, S. 32).

Baakes Zonenmodell ist wiederum mehr raum- und gegenstandsbezogen. Baake untersuchte die Wechselwirkungen zwischen sozialer Umwelt und sozialem Verhalten in konkreten Gesellschaften. Der Mensch würde im Laufe seiner Entwicklung vier ökologische Zonen durchwandern. Das Durchlaufen der Reihenfolge dieser Zonen ist vorgegeben. Jedoch bezieht sich auch Baake auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Eventuell lassen sich Ähnlichkeiten zu Erwachsenen, die länger in einer fremden Umgebung sind, herausarbeiten.

Das Zonenmodell
von Dieter Baacke (1984)

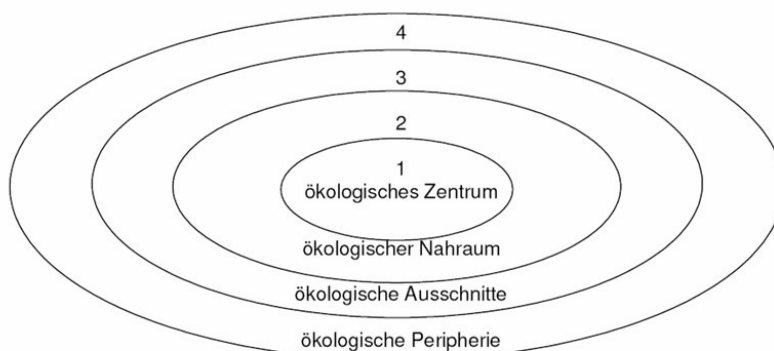


Abbildung 1: Zonenmodell nach D. Baake

Zone	Auseinanderset- zungen mit folgenden Personengrupp en	Auseinandersetzun gen mit folgenden Orten
ökologisches Zentrum	Familie (wichtige und unmittelbare Bezugspersonen)	Zu Hause
Ökologischer Nahraum	Nachbarschaft	Wohngegend (vom Stadtteil bis zum Dorf)
Ökologische Ausschnitte	Umgang durch Aufgaben geregelt: Verkäufer, Lehrer	Umgang durch Aufgaben geregelt: Einkaufsmöglichkeiten , Schule, Banken, Betriebe
Ökologische Peripherie	Gelegentliche Kontakte, ungeplante Begegnungen	Urlaubsorte

Tabelle 1: Zonenmodell nach D. Baake

In diesem Modell wird aufgezeigt, wie sich der Handlungsspielraum (von Kindern und Jugendlichen) im Laufe der Zeit erweitert. Zuerst orientiert sich der Betroffene immer im ökologischen Zentrum. „Die einzelnen Zonen bieten verschiedene Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten und stellen unterschiedliche Anforderungen“ (Deinet, 2014, S. 36). Fühlt er sich in dem Kontext einer bestimmten Zone sicher und hat die Anforderungen gemeistert, so geht der Betroffene in die nächste Zone über. Und so durchlaufen Menschen die Zonen bis zur ökologischen Peripherie. Mit erweitertem Sozialraum steigen auch die Kompetenzen des Betroffenen und er erweitert seinen Horizont. (Vgl. Deinet 2014, S. 36f.)

Es gibt ein weiteres Zonenmodell – das **Modell von Thomas**.

Es ist stark am Zonenmodell von Baake angelehnt.

Zone	Auseinandersetzungen mit folgenden Orten
Innenbereich/ Intimzone	Wohnung, Haus
Wohnumgebung	alles, was ein Kind (von der Intimzone aus) erreichen kann
Großstädtische Einrichtungen	werden punktuell und nacheinander erfahren
Erlebnisbereiche	Umgebung einer Stadt (meist Natur)

Tabelle 2: Modell nach Thomas

Das Inselmodell von Helga Zeiher

Möchte man den Handlungsraum über den Nahraum hinaus betrachten, so trifft das Zonenmodell nur bedingt zu, da denn viele Orte einer Zone zusammengefasst werden und auch gemeinsam erkundet werden müssten. Der wahrgenommene Sozialraum wird im Inselmodell nicht als komplette Zone wahrgenommen, sondern als einzelne Segmente. Es ergibt sich auch hier ein großer Gesamtraum. Wenn man ihn jedoch als Gesamtraum betrachtet, so ist dieser als Komplex bedeutungslos. Die Funktion und die Wahrnehmung der Räume liegen in den einzelnen Segmenten, die keiner Hierarchie unterliegen. (Vgl. Deinet, 2014, S. 44f.).

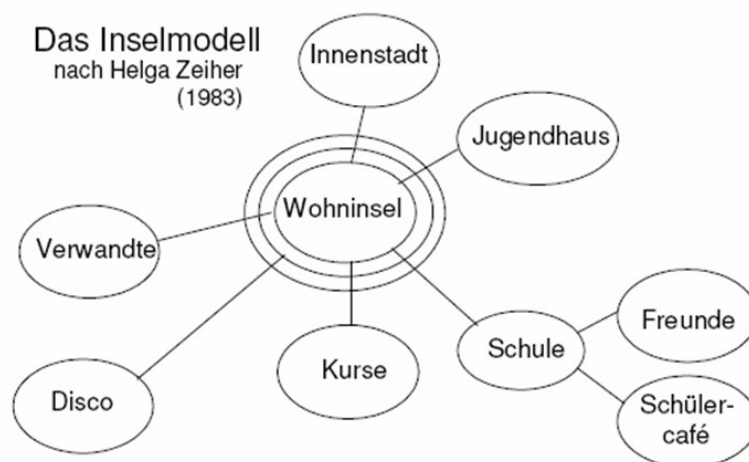


Abbildung 2: Inselmodell nach H. Zeiher

Auch bei Zeiher gibt es ein ökologisches Zentrum – die Wohninsel. Von diesem Standpunkt aus werden weitere Sozialraumsegmente aufgesucht. Dabei muss man den Weg mit einem Auto oder anderen Verkehrsmittel zurücklegen. Die Räume zwischen Wohninsel und Zielsegment werden nicht wahrgenommen.

„Aneignungsprozesse, die sich im Raum vollziehen, sind der Struktur dieses Raumes unterworfen. Für die Kinder und Jugendlichen bedeutet dies, dass sie mit den Strukturen unserer Gesellschaft im Aneignungsprozess konfrontiert werden, dass Aneignung im Raum nur innerhalb dieser gesellschaftlichen Verortung zu sehen ist.“ (Deinet, 2014, S. 45)

3. Vorstellung der Klinik

3.1 Lage der Klinik

Die Fachklinik für Drogenrehabilitation befindet sich in Wermsdorf, einem staatlich anerkannten Erholungsort im Süden von Nordsachsen umgeben von Wäldern und Seen. Die Gemeinde Wermsdorf hat 5319 Einwohner (Stand 31.01.2014 laut dem Städtischen Landesamtes des Freistaates Sachsens).

Durch die Nähe zur A14 und somit zu den Städten Leipzig (circa 50km entfernt) und Dresden (circa 70km entfernt) ist die Verkehrsanbindung günstig für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Im öffentlichen Nahverkehr gibt es die Möglichkeit mit Bussen zu den Bahnhöfen in Oschatz, Dahlen, Kühren oder Grimma zu fahren.

Wermsdorf ist Sitz der Gemeindeverwaltung und eines Polizeipostens.

Die Infrastruktur des Ortes ist soweit ausgebaut, als dass es Kindereinrichtungen (Kindertagesstätte, Schulen), Ärzte (wichtig für einige Rehabilitanten sind Internistin und Zahnmediziner), Apotheke, Bibliothek, Einkaufsmöglichkeiten (Netto, Nah und Frisch, Baumarkt, Blumenhaus, Fleischer, Textilladen, Baumarkt, Schnellimbiss), Post, Tankstelle, Pensionen und Hotels, Turnhalle mit Sportplatz und Banken (Sparkasse und Volksbank) gibt. Dennoch ist Wermsdorf sehr übersichtlich. Es gibt Wohneinrichtungen und eine Werkstatt für geistig behinderte Menschen. Der Umgang mit behinderten

und psychisch erkrankten Menschen ist in der Gemeinde geläufig, da es Fachkliniken für Psychiatrie im Ort schon seit etwa 175 Jahren gibt.

Wermsdorf ist durch die Hubertusburg mit ihrer weitläufigen Schlossanlage und dem Jagdschloss ein geschichtsträchtiger Ort.

Die Rehabilitationsklinik liegt im historischen Schlossgelände der Hubertusburg. Ebenfalls im Schlossgelände, aber optisch durch historische Gebäude getrennt, liegen auch die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (zur Intervention bei starken Krisen der Rehabilitanden, Aquagymnastik findet dort statt), Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychosomatik, sowie für Neurologie.

3.2 Beschreibung der Klinik

Die Fachklinik zur Rehabilitationsbehandlung Erwachsener mit Abhängigkeitserkrankung Wermsdorf unterstützt drogenabhängige Menschen auf dem Weg in ein drogenfreies Leben. Seit Juli 2010 behandelt ein multiprofessionelles Team von Fachärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegekräften, Sport- und Arbeitstherapeuten Menschen insbesondere mit Doppeldiagnosen. Hier wird den clean teilnehmenden Drogenabhängigen mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Zweitdiagnose, zum Beispiel Psychose oder schweren Persönlichkeitsstörung, eine parallele Behandlung von zwei sich gegenseitig verstärkenden Problemlagen zur Verfügung gestellt. Das Therapieangebot zielt auf Selbstbestimmung statt Drogenabhängigkeit und auf Teilhabe am gesellschaftlichen und Berufsleben ab (Vgl. DRV Bund 2005).

Diese Institution bietet eine große Auswahl an Räumen und Plätzen deren soziale Kontexte ich aus Sicht der Rehabilitanten erschließen möchte.

Zur Klinik gehören:

a) **Räume, die innerhalb des eigentlichen Klinikgeländes liegen:**

Hauptgebäude (Gebäude 39)

mit 5 Wohnbereichen (a 4 Doppelbettzimmer mit jeweiligem Sanitärbereich, Wohnraum mit Küche, Esstisch und Sofaecke mit Fernseher und einem Therapeutenzimmer, wo der jeweilige Bezugstherapeut arbeitet), Arztzimmer, Pflegedienstzimmer, Beratungsraum, Medikamentenraum, Toilette (auch für Drogentests per Urinkontrolle), Pflegedienstleiter- und Psychotherapiezimmer, Kopierraum, Pinnwand (aktuelle Freizeitangebote, Therapieteilnahmen, Verhaltensrichtlinien)

Nebengebäude (Gebäude 45)

mit Verwaltung, wo auch Reisekosten zurückerstattet werden, Psychotherapiezimmer, Wäscheräume mit Waschmaschinen und Trockner, Sport- und Fitnessräume (auch Tischtennis), Ergotherapieräume mit Werkstatt, Toilette, Ernährungsberatung und ein Zimmer wo kognitives Training durchgeführt wird.

U-Haus

mit Bandproberaum, Fahrradunterstellmöglichkeiten, Fahrradwerkstatt, Lagermöglichkeiten für Heu, Stroh und Futter für Hasen und Meerschweinchen, Holz zur Trockenlagerung. Dies ist ein sanierungsbedürftiger Bau, wo sich unter Rücksprache mit dem Personal die Rehabilitanden frei entfalten können (Graffiti, Raumnutzungen).

Außenanlagen

mit Fahrradabstellplätzen, Sitzgruppe für Personal, Trockenplatz, Raucherinsel, Grillplatz, Lagerfeuerplatz, Raucherhäuschen, Kompost, Volleyball- und Fußballplatz, Slagline, Hasen- und

Meerschweinchenstall, Hundezwinger, Hollywood-Schaukel und normale Schaukel, Therapiefriedhof, Parkplatz, Mülltonnenplatz, Wege, Bäume und Gartenanlagen für Zier- und Nutzpflanzen. Es handelt sich um ein ausgedehntes Grundstück, welches auch für die Tierhaltung geeignet ist (Haustiere von Rehabilitanden können nach je nach Eignung für den Zeitraum der Behandlung mitgebracht werden). Außerdem können Rehabilitanden sich hier (nach Rücksprache mit dem Personal) frei entfalten.

Der Komplex ist für Rollstuhlfahrer und körperbehinderte Rehabilitanden barrierefrei gebaut und eingerichtet.

Das offizielle Klinikgelände ist durch die historische Mauer des Schlosses Hubertusburg an drei Seiten gegeben. An der vierten Seite führt ein befahrbarer Durchgangsweg entlang. Somit sind die Zugänge zur Klinik erschlossen. Diese Seite wird nur Teilabgegrenzt durch einen Teil eines Abrissgebäudes und eines ca. 2m langen Mauerstückes. Direkt an diesem Weg sind das Hauptgebäude für längs sowie der Park- und der eingezäunte Mülltonnenplatz. Es gibt zum Gelände drei Zugänge. Zwei davon sind offizielle Zugänge rechts und links vom Hauptgebäude. Ein weiterer Zugang ist über einen externen Parkplatz durch einen Mauerdurchbruch gegeben. An dieser Stelle steht ein Bauzaun.

b) Räume, die außerhalb des eigentlichen Klinikgeländes liegen,

die jedoch im Kontext der Therapie und klinischen Freizeitgestaltung genutzt werden:

Turnhalle der Gemeinde Wermsdorf fürs Volleyball spielen

Reitstall mit Reithalle im Jagdschloss

Sportplatz und Turnhalle in Ablaß zum Fußball spielen

Schwimmbecken der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Wermsdorf für Aquasport

Teilweise Einkaufsmarkt (Netto) während begleitetem Einkaufen

Im Durchschnitt ist die Klinik mit 39 Rehabilitanden belegt (lt. Chefarzt Dr. A. Joseph liegt die durchschnittliche Belegungsquote bei 95,8%), wobei der Frauenanteil bei ca. 20% (7-8 Frauen) liegt. Es gibt die Möglichkeit zwei Zustellbetten zu belegen (sodass man auf eine Höchstbelegung von 42 Rehabilitanden kommt, dann werden aus zwei Zweibettzimmern Dreibettzimmer). Die Wohnbereiche werden gemischtgeschlechtlich belegt, wobei die Rehabilitanden getrenntgeschlechtlich in den jeweiligen Zimmern untergebracht sind.



Abbildung 3: Lageplan der Klinik

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Hauptgebäude | 7. Hasenstall |
| 2. Verwaltungsgebäude | 8. Wäscheplatz |
| 3. U-Haus | 9. Freisitz |
| 4. Raucherplatz, Raucherhäuschen
Grill- und Feuerstelle | 10. Parkplatz, Mülltonnenplatz |
| 5. Volleyballplatz | |
| 6. Fußballplatz, Slagline, Schaukeln
Hundezwinger, Therapiefriedhof | |

3.3 Auszug aus dem Therapiekonzept

Ich möchte nicht weiter auf das Therapiekonzept der Klinik im Detail eingehen, da auch die Diagnosen und Biographien der Betroffenen in der Erstellung und Auswertung meiner Fragebögen nicht relevant sind.

Es sei nur so viel gesagt:

Die Therapiebausteine sind in drei Therapiephasen, die sich über den gesamten Zeitraum der Behandlung erstrecken, eingebettet:

1. Die Orientierungsphase (O-Phase)

Die Orientierungsphase erstreckt sich über circa 5 Wochen. In dieser Zeit soll sich der Rehabilitand eingewöhnen. Er soll seine Mitbewohner kennenlernen und ein Gefühl für den Tagesablauf bekommen. Seine Motivation wird geprüft und gestärkt. Es werden klare Therapieziele gemeinsam mit den Therapeuten erarbeitet. Erste Aufgaben in der Wohnbereichsorganisation werden übernommen (zum Beispiel Küchendienste). Auch die Diagnostik und die Medikamentenanpassung finden in diesem Zeitraum statt.

Der Rehabilitand darf sich die ersten zwei Wochen gar nicht unbeaufsichtigt vom Klinikgelände entfernen. Außenkontakt ist über Briefe und Telefonate möglich. Zweimal wöchentlich ist ein durch Personal begleiteter Einkauf in einem Geschäft möglich (hier: Netto). Außerdem gibt es die Möglichkeit im Rahmen von Gruppenaktivitäten das Gelände zu verlassen. Hier sind jedoch immer andere Rehabilitanden und Personal mit anwesend (zum Beispiel Wanderungen, Volleyball in der Turnhalle).

Nach Rücksprache mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten ist auch ein Verlassen des Geländes in Begleitung von einem Rehabilitanten, der mindestens in der K-Phase ist, zumutbar. Ab der dritten Aufenthaltswoche darf Besuch (nach genehmigten Antrag) empfangen werden.

Nach der Bewilligung des K-Phasen-Antrages des Rehabilitanten hat dieser die O-Phase abgeschlossen und fällt nur in diese durch Konsum von Drogen, Alkohol oder Medikamenten zurück. Die Klinik arbeitet mit

einem Konzept der Rückfallaufarbeitung, sodass Rehabilitanden die Möglichkeit haben, an ihre eigentliche Behandlungswoche wieder anzuschließen.

2. Die Kernphase (K-Phase)

Diese circa 14 Wochen andauernde Zeitspanne soll als intensive Therapiephase genutzt werden. Es ist angedacht, dass der Rehabilitand seinen Lebenslauf und Suchtverlauf aufarbeitet. Er soll sich mit relevanten Therapiethemen auseinandersetzen und ein persönliches, realistisches Konzept für den weiteren Weg nach seiner Entlassung erarbeiten. Auch die Regulation eventueller Schulden kann vorgenommen werden.

In dieser Phase dürfen die Rehabilitanden das Klinikgelände ohne Aufsicht während der therapiefreien Zeit und bis 18Uhr (Winterzeit)/ 19Uhr (Sommerzeit) verlassen. Ab etwa der neunten Therapiewoche dürfen auch Heimfahrten übers Wochenende zur Belastungserprobung oder für Behördengänge nach Rücksprache durchgeführt werden.

3. Die Ablösephase (A-Phase)

In den ungefähr letzten 5 Wochen wird am Entlassungskonzept des Rehabilitanden mit ihm gemeinsam gearbeitet und die Entlassung vorbereitet, zum Beispiel werden Adaptionen- und Nachsorgeeinrichtungen, sowie Berufsbildungswerke kontaktiert. Der weitere Wohnsitz wird klar definiert.

Das Realitätstraining stellt einen wichtigen Bestandteil dieser Phase dar. Hier wird das Augenmerk auf die Außenorientierung, Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Bewerbungstraining, Arbeitstrainingseinsätze, Berufspraktika und ähnliches gelegt.

Die Ausgangsbestimmungen werden nun (unter Berücksichtigung der Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung) gelockert. (Belastungs-) Heimfahrten sind nun häufiger im Einzelfall möglich. Auch das Mitbringen eines Laptops zur persönlichen Nutzung ist möglich.

4 Erstellung des Fragebogens

Wie Menschen ihre sozialen Räume wahrnehmen und beanspruchen kann man im Alltag beobachten. Interessant ist es für mich, wie Erwachsene für sich Räume und Plätze in den jeweiligen sozialen Kontexten und mit welcher Priorität erschließen und sich aneignen.

Meine Grundfragen, wie sie in der Einleitung genannt sind, hatte ich mit wenig theoretischem Wissen im Kopf.

Ebenso stand mein Erkundungsfeld fest und ich machte mir Gedanken, wie ich ein aussagekräftiges Ergebnis mit einer Maximalbeteiligung der Rehabilitanden in kurzer Zeit bekommen würde. Die herauszufindenden Ergebnisse sind durch Umfragebögen für eine so große Gruppe eindeutiger zu erfassen und zu vergleichen (auf die Möglichkeit der Vergleiche gehe ich später nochmal ein). Die Frage nach der Methode war somit sehr pragmatisch geklärt. Reine Beobachtungen wären zu ungenau und würden schwammig werden, da sie ausschließlich auf Vermutungen basieren. Es werden jedoch in der Auswertung meine bisherigen Erfahrungen bezüglich des Verhaltens der Rehabilitanden mit einfließen. Dies ist jedoch nur ein Versuch (ohne psychologisches Fachwissen und ohne Berücksichtigung der Erkrankungen der Betroffenen) deren Verhalten unter Beachtung von E. Goffmanns Werk „Asyle“ zu interpretieren.

Umfragen per Interviews wären bei der Menge an erwünschten Daten auch zu zeitaufwendig. Außerdem ließen sich die Verlaufsergebnisse schlechter vergleichen.

Die Rahmenbedingungen für den Fragebogen waren schnell klar.

Die Angabe des Datums gehört einfach für die zeitliche Zuordnung dazu.

Es wird ein pseudonymisierter Name durch die Rehabilitanden angegeben. Dieser wird ausschließlich für die Längsschnittstudie benötigt. Ich gehe davon aus, dass auch die Betroffenen offener mit ihren Antworten umgehen, wenn sie auf Grund des Pseudonyms nicht wiedererkennbar sind. Zudem kommen datenschutzrechtliche Gründe und der Fakt, dass ich sonst selbst bei der

Auswertung beeinflusst bin und voreingenommen bei bestimmten Rehabilitanden rangehen würde. Durch die Pseudonymisierung ist meine Betrachtungsweise objektiver. Ungeachtet dieser Tatsache hatten manche Pseudonyme jedoch einen hohen Wiedererkennungswert.

Anschließend war die Frage in welcher Behandlungswoche sich der Rehabilitand befindet, da das für mich ausschlaggebend ist wie viel Zeit der Betroffene zur Orientierung bis dato hatte (ohne diesbezüglich sehr ins Detail zu gehen) und zur Beantwortung der Hypothese 2. Ebenso wichtig erschien mir die Frage nach der Therapiephase in der sich der Befragte gerade befindet. Es gibt auch Rehabilitanden, die auf Grund eines Rückfalles in die O-Phase zurückfallen und somit nur begrenzten oder garkeinen klinikexternen Ausgang haben. Natürlich ist es auch ausschlaggebend ob derjenige zuvor schon einmal in Wermsdorf war, bzw. ihm der Ort mit seinen Räumen geläufig ist (daher die Frage „Ich bin das ____ mal in Wermsdorf). Selbst wenn Rehabilitanden am Behandlungsbeginn und in der O-Phase sind, ist davon auszugehen, dass sie auch klinikexterne Orte kennen.

Es wird zwei Umfragen geben, die auf Grund der notwendigen Vergleichbarkeit für die Längsschnittbetrachtung (Panelstudie) identisch sein werden. Der Zeitabstand der beiden Befragungen muss mindestens fünf bis sechs Wochen auseinanderliegen, da frühestens nach dieser Zeit der Rehabilitand von der O-Phase in die K-Phase kommt und somit sich freier außerhalb des Klinikgeländes bewegen darf. Die Umfragen fanden in der 21. und in der 32. Kalenderwoche statt. Es lagen also 11 Wochen dazwischen in denen ich den Rehabilitanden, die in diesem Zeitraum in der K-Phase gekommen sind, etwas Zeit geben wollte, damit sie die Möglichkeit hatten neue Räume erschließen zu können. Natürlich rutschten mir durch diese große Zeitspanne auch Rehabilitanden durch, die zwischen der 22. und der 25./ 26. Kalenderwoche in der Klinik aufgenommen wurden. Deren Wahrnehmung in der O-Phase konnte ich nicht hinterfragen.

Hypothese

Ich gehe davon aus, dass sich das Spektrum der Räume und Plätze durch den Eintritt von der O-Phase in die K-Phase im Bezug auf klinikexterne Räume enorm erweitern wird.

Man könnte weitere Hypothesen stellen, deren Bearbeitung leider in dieser Bachelorarbeit keinen Platz mehr hat. Zum Beispiel

Hypothese 2: Eine Zunahme an Räumen und Plätzen ist im Übergang von der K-Phase zur A-Phase nicht mehr zu verzeichnen.

Hypothese 3: Orte der individuellen Entfaltung und freien Entscheidung sind bei jedem Rehabilitanden in jeder Therapiephase sowohl im Klinikgelände als auch klinikextern zu finden (auch Rückzugs- und Kontaktplätze)

Hypothese 4: Die Grenze zwischen klinikinternen und klinikexternen Bereich ist innerhalb der Schlossanlage (quasi der Hauptklinikkomplex) gut definierbar. Die Beachtung der klinikexternen Räume, die jedoch zum Behandlungskonzept gehören, werden nicht im Kontext des Therapiebezuges gesehen.

Hypothese 5: Die Klinik bietet ausreichend Möglichkeiten, Räume und Plätze, dass die Rehabilitanden ihre primären sozialen Bedürfnisse klinikintern erfüllen können. Es gibt keinen wesentlichen Mangel an Räumen. (Da ich die Grenzen einzeichnen lassen hatte)

Die Möglichkeit, die Antworten auf die Hypothesen mittels konkreten Fragen zu bekommen, würde sich schwierig gestalten. Es müssten auf jeden Fall offene Fragen sein, da sonst Räume ins Gedächtnis gerufen werden, die bei einer offenen Methode nicht erscheinen würden. Es wäre sicherlich für die Befragten einfacher, doch sind die Ergebnisse objektiver, als sie es durch offene Fragen gewesen wären.

Zu individuellen Antworten der Fragen, die sich auf klinikexterne Räume beziehen, könnte man durch offene Frage gelangen, zum Beispiel welche Räume/Plätze liegen für sie innerhalb des Klinikgeländes? Was gehört zur

Klinik und was nicht? Wo ist für Sie die Grenze? Welche Räume sehen Sie als Therapieräume an?

Die Fragestellung alleine könnte die Antworten der Befragten schon dahingehend beeinflussen, als dass sie zum Beispiel ihren Therapieplan im Kopf durchgehen und diese Räume speziell hervorrufen. Außerdem wird der Fokus von Anfang an auf die klinikinternen Räume gelegt und gewichtet.

Auch im Pretest waren diese Fragestellungen nicht schlüssig, da ich die Erwartung hatte, dass die Möglichkeit gegeben wird, auch die klinikexternen Therapieräume mit aufzuzeigen (das wurde von den Befragten im Pretest nicht mit in Erwägung gezogen). Eine Umformulierung der Fragestellung ist mir nicht zufriedenstellend gelungen, so dass ich eine gezielte komplette Antwort auf meine Frage bekommen würde, ohne dass diese Antwort beeinflusst wird, zum Beispiel durch die Frage: Welche Räume/Plätze gehören für Sie zur Klinik? Bedenken Sie auch mögliche Räume und Plätze außerhalb des offiziellen Klinikgeländes! In der Bearbeitungszeit ergab es sich, dass ich leider auf diese Frage nach dem Grenzempfinden nicht eingehen kann.

Zusätzlich wollte ich herausfinden in wie weit auch außerklinische Gebäude, Räume und Plätze wahrgenommen werden und eine eventuelle Bedeutung für die Rehabilitanten haben. Die klinikexternen Räume sollten die gleiche Wichtung wie die Klinikinternen haben. Hierbei würde das Inselmodell von Zeiher im Fokus stehen.

Alle Fragen, die sich auch auf klinikexterne Räume werden für mich am eindeutigsten und am wenigsten beeinflussend durch die Mental-Map-Methode auswertbar. Zusätzlich war es mein eigenes Interesse diese Methode auszuprobieren. Die Antworten werden präziser und individueller.

Abgesehen von der möglichen Erwähnung aller wahrgenommenen Räume/Plätze wird auch die Lagebeziehung dieser aufgezeigt. Evtl. sind dadurch Rückschlüsse auf das Verhalten im Raum und kognitive Repräsentationen zu ziehen. Dies war vorerst eine Vermutung, da ich die Literatur dazu erst nach der Beantwortung und Auswertung der Fragebögen gelesen habe. Meine Auswertungsansätze dieser Aufzeichnungen basieren auf dem Skript „Mental-

Map-Methoden in der Quartiersforschung“ von D. Ziervogel. Nach der Erstellung des individuellen Mental Maps (mit blauen Stiften) sollten die Befragten das, was für sie Klinik und Therapie bedeutet, mit einer roten Farbe einrahmen. Die Gebäude sollten zur vereinfachten Orientierung und um Falschdeutungen zu vermeiden beschriftet werden. Da es beim anfänglichen gemeinsamen Fragebogendurchgehen trotzdem Fragen aufkamen wie „Wie sollen wir das machen?“, „Wie stellen sie sich das vor?“ oder „Sollen wir jetzt wirklich alles aufzeichnen, was wir in und um Wermsdorf kennen?“ habe ich zur Anregung erläutert, dass die Befragten eine Art Stadtplan aufzeichnen sollten. Ich habe dies selbst vorgemacht (fiktiv) und meine Gebäude mit „Gebäude A“ und „Gebäude B“ beschriftet. Die Aufgabenstellung schien durch diese Unterstützung anschließend für die Rehabilitanden schlüssig gewesen zu sein.

Die Antworten auf Hypothese 5 habe ich mir per offener Frage, beziehungsweise Feststellung („Diese 3 Räume/ Plätze sind mir momentan besonders wichtig.“) erschlossen. Es gab meinerseits die mündliche Zusatzinformation „Ordnen sie diese nach ihrer Priorität, wobei ihnen der Raum oder Platz, den sie bei 1 eintragen, am wichtigsten ist“. Diesen Satz würde ich zukünftig (genauso wie ein Beispiel für das Mental-Map) mit auf dem Fragebogen integrieren. Die Wichtigkeit, beziehungsweise der Zweck dieser drei angegebenen Räume, sollte mit angegeben werden. An dieser Stelle war auch eine Mehrfachnennung möglich, da ein bestimmter Raum/ Platz verschiedene (soziale) Bedürfnisse stillen kann. Die übersichtlichste Form dazu ist eine Tabelle.

Ebenfalls finde ich die Antwort nach fehlenden Räumen zur Bearbeitung der Hypothese 5 wichtig. Falls ein Raum/ Platz fehlen sollte, so sollte dieser auch aufgeschrieben werden. Die Frage dahinter ist, welcher Ort um welches soziale Bedürfnis zu befriedigen fehlt? Auch hier hätte ich die Zusatzfrage nach dem „Warum“ (dieser Raum/ Platz fehlt) noch fragen sollen.

Es war nur möglich diese Fragen als offene Fragestellung in den Raum zu stellen, da sonst alle möglichen Antwortmöglichkeiten (quasi die Räume und Plätze) vorher aufgezeigt werden müssten. Würde man das machen, so ist es durchaus sehr wahrscheinlich, dass Rehabilitanden in ihren Mental Maps Räume/Plätze ergänzen, die sie sonst nicht aufgezeichnet hätten. Zwar könnte man auch erst ein Mental Map erstellen lassen und wenn dieses definitiv beendet ist, den Rest der Fragen beantworten lassen, doch ich wollte den Rehabilitanden zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit geben ihr Mental Map zu ergänzen oder zu verändern.

Es nahmen pro Befragungsdurchgang zwischen 4 und 8 Rehabilitanden teil. Anfangs bin ich mit den Befragten jede Frage durchgegangen, damit zur Beantwortung dieser dann möglichst viel Ruhe ist und kein Informationsaustausch während der Bearbeitung der Fragen stattfindet. Ich war während der gesamten Zeit der Beantwortung anwesend, sodass eventuell aufkommende Fragen von mir beantwortet werden konnten.

Bei der Prioritätenbildung habe ich je nach Wichtigkeit die Räume mit Wertigkeiten belegt. So hat der Raum, der an erster Stelle (also eine sehr hohe Priorität hat) die Wertigkeit „10“ bekommen. Der Raum an der Position 2 erhielt „5“ und der Raum an Position 1 erhielt „1“ Wertigkeitspunkt.

Bezüglich der Auswertung der Fragebögen habe ich das Prinzip der Kategorisierung oder Clusterbildung angewandt. So konnte der immense Datensatz auf das Wesentliche reduziert werden.

Die Antwortmöglichkeiten nach den Räumen wurden in folgende Cluster eingeteilt:

Cluster	Mögliche Bezeichnungen
Eigenes Zimmer	eigenes Zimmer, mein Zimmer, Zimmer
Wohnbereich	Wohnbereich, Gemeinschaftsraum, Gruppenraum, Stube, Küche, Esstisch, Sofaecke
Freizeitraum	Sportraum, Tischtennis(-raum), Fußballplatz, U-Haus, Bandraum, Proberaum,
Außenflächen	(Hollywood-)schaukel, Wiese, Hubertusburgplatz, Wald, Seen
Raucherinsel	Raucherinsel, Raucherecke, Rauchplatz,
Hygienräume	Hygienraum, Bad, Dusche
Gesprächstherapie	Raum von Therapeuten (Sozialarbeiter oder Psychologen), Therapieraum
Einkauf	Netto
Ergotherapie	Ergotherapie, Ergo

Tabelle 3: Cluster der Orte der Prioritätenliste

Die Besonderheit des Ergotherapieraumes liegt in der Kombination aus Therapie- und Freizeitraum. In Rücksprache mit den Ergotherapeuten dürfen diese Räume auch in der therapiefreien Zeit genutzt werden (dann auch ohne Aufsicht).

Bei der Auswertung der Fragebögen ist mir ein wesentlicher Fehler aufgefallen. Ich habe sowohl klinikinterne, als auch klinikexterne Außenflächen zusammen in einem Cluster gefasst. In der Auswertung ist es mir jedoch gelungen, diese durch die Einzelbetrachtung der Fragebögen wieder zu teilen.

Die Antwortmöglichkeiten der Begründungen der Raumnutzung wurden in folgende Cluster eingeteilt:

Cluster	Mögliche Bezeichnung
Konsum	Rauchen, mal durchatmen, legale Sucht befriedigen
Kontakte	Kontakte, Gespräche, Gesellschaft, telefonieren
Rückzugsort	Rückzugsort, alleine sein, Ruhe haben,
Hobby	Sport, Tischtennis, Musik machen, Rad fahren, Fernsehen
Wohlbefinden	Wohlbefinden, auspowern, genießen
Grundbedürfnis	Schlaf, Essen, Sicherheit
Privatsphäre	Zu Hause, Privatsphäre, individuelle Gestaltung
Entspannung	Entspannung, abschalten, Stressabbau
Therapie	Therapie, Gespräche mit Psychologen oder Sozialarbeiter
Ablenkung	Ablenkung
Raus aus Klinik	draußen sein, raus sein
Ausgleich	Ausgleich

Tabelle 4:: Cluster der Begründungen der Raumnutzung

Die Fragebogenerstellung geschah aus zeitlichen Gründen sehr instinktiv ohne ausschließlich mit dem Wissen der Sozialraumvorlesung an der HS Mittweida. Es ergab sich ein immenser Datensatz mit dem man erstaunlich viel arbeiten kann. Jedoch reicht der Rahmen der Bachelorarbeit leider dafür nicht aus. Somit möchte ich in der Auswertung hauptsächlich auf die eine Haupthypothese eingehen. Alle dafür überschüssigen Daten werden nicht weiter betrachtet.

5 Situation der Rehabilitanden während der Befragung

Während des gemeinsamen Fragebogendurchgehens und besonders bei der Erläuterung der Aufgabenstellung zum Mental-Map sank bei einigen Befragten scheinbar und teilweise auch ersichtlich die Motivation diese Frage präzise zu bearbeiten. Bemühungen waren jedoch bei allen Rehabilitanden spürbar.

Als Motivationsanreiz des Durchhaltens und auch, damit möglichst viele Rehabilitanden an meiner Umfrage teilnehmen würden, hatte ich bei der ersten Umfrage im Rahmen meines zu dem Zeitpunkt habenden Spätdienstes einen Grillabend mit Lagerfeuer unter Einbindung der Rehabilitanden organisiert. Außerdem bekam ich Unterstützung durch die Sozialarbeiter und Psychologen der Klinik, die mir in ihren Therapiezeiten für diese Umfrage Zeit gaben. Somit schien die Teilnahme zwar nicht mehr ganz freiwillig, jedoch wurde darauf aufmerksam gemacht, dass jeder, der an dieser Umfrage nicht teilnehmen möchte, dies auch nicht tun muss.

Sicherlich ist auch in nicht außeracht zu lassender Aspekt, dass ich selbst Mitarbeiterin (im Pflorgeteam) dieser Klinik bin und alle Befragten kannte. Diese kannten mich, meine Position im Haus und meine Umgangsformen. Es kamen auch lockere Sprüche wie „Dafür dürfen wir aber heute länger Fernsehen schauen“ oder „Das macht mindestens zwei Bienchen, Schwester Bianca“ (zielt auf das Belohnungssystem der Klinik ab). Auf diese Angebote bin ich nicht weiter eingegangen.

Ich denke in meiner Arbeit mit den Rehabilitanden einen guten Zugang zu ihnen zu haben. Die Stimmung ist selten angespannt (außer bei Regelverstößen) und die Betroffenen nehmen das Angebot für Gespräche gern an. Außerdem begleite ich, wenn es die Zeit zulässt, auch aktiv deren Freizeitgestaltung (Volleyball, Fußball, Musik, Radtour). Dadurch habe ich einen Zugang zu einigen Rehabilitanden, der sehr offen ist. Jedoch erschwert das eine strikte professionelle Haltung, was ich für mich immer wieder reflektieren muss. Die Hierarchie (Schwester – Patient) ist nicht mehr so ausgeprägt. Im Freizeitbereich kann man schnell auf Augenhöhe abrutschen.

Andererseits wird dieses Verhältnis zwischen den Rehabilitanden und mir auch ein Grund sein, warum die Anteilnahme an den Umfragen so hoch gewesen ist.

Dies hat mich erfreut und auch erstaunt, da die Grundsituation, in der die Befragten waren, bei der zweiten Umfrage eine völlig andere war.

Die Umfragen waren an drei Tagen (Montag bis Mittwoch) geplant und diesmal außerhalb der Therapiezeit in den „Freistunden“ vormittags. Jedoch waren alle Rehabilitanden durch einen Vorfall am Wochenende so angespannt, dass deren Motivation sehr niedrig war und sie sich kognitiv auch nicht auf die Umfragen wirklich einlassen konnten.

Auf Grund von einer sehr hohen Rückfallquote am Wochenende wurden auch viele Rehabilitanden entlassen oder verlegt. Es gab sehr viele Gespräche und Anschuldigungen, wer, welchen Stoff an wen vergeben hat. Es wurden Freundschaften und auch Vertrauen durch diese Aktion zerstört. Den gesamten Kontext möchte ich hier jedoch nicht weiter erläutern. Gesagt sei nur, dass die Rehabilitanden, die nun noch in der Klinik waren, sehr wütend, enttäuscht, angespannt, genervt und frustriert waren. Und so ein Gefühl machte sich auch während der Befragung breit. Es gab auch meinerseits für die Teilnahme an der zweiten Umfrage keine Belohnung (da auch wir im Kollektiv auf Grund der Wochenendsituation mit einer ganz anderen Grundfrage beschäftigt waren). Und trotzdem war der Großteil der Befragten sehr bemüht.

Ich wollte die Umfrage jedoch nicht um zwei Wochen nach hinten verschieben, da der Abstand der Befragungen dann immer größer wird und evtl. seine Aussagekraft verliert.

6 Auswertung der Fragebögen und Bezugnahme zur Hypothese

6.1 allgemeiner Fokus

Bei der ersten Umfrage haben 35 von 39 Rehabilitanden teilgenommen. Bei der Zweiten waren es alle (32 von 32). Es waren also 67 Datensätze vorhanden.

Es gab 11 Teilnehmer, die an beiden Umfragen teilgenommen haben (für die Längsschnittbetrachtung/ Panelstudie):

6 Teilnehmer haben in der Zeit zwischen den Umfragen ihre Behandlungsphase von der O- in die K-Phase gewechselt. Ein Rehabilitand („fireball“) von diesen 6 ist durch einen Rückfall (am besagten Wochenende) von seiner eigentlichen K-Phase wieder in die O-Phase gekommen (Regelung siehe Kapitel 3.3 Auszug aus dem Therapiekonzept). Diesen Aspekt möchte ich jedoch außen vorlassen, da der Vorfall erst vor 3-5 Tagen geschah und dieser kurze Zeitraum mit großer Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf die Wahrnehmung seines Umfeldes hat. Er wird also für die weitere Auswertung als vollwertiges K-Phasen-Mitglied gezählt.

Das gleiche Schicksal ist einem Rehabilitanden („Fire“) passiert, welcher mittlerweile in der A-Phase war. Auch dessen Daten werden adäquat denen von „fireball“ behandelt. Neben diesem Befragten haben auch noch 2 Betroffene in der Zwischenzeit von der K- zur A-Phase gewechselt (also insgesamt 3 Befragte).

Und 2 Befragte sind in der K-Phase geblieben.

Bei der Betrachtung der Sozialraumwahrnehmung therapiephasenspezifisch (Querschnittsstudie) werden die Antworten der zweiten Umfrage dieser 11 Rehabilitanden nicht berücksichtigt. Dabei spielt es keine Rolle, ob Rehabilitanden an der ersten oder zweiten Umfrage teilgenommen haben.

In diesem Fall werden Ergebnisse aus insgesamt 56 dargestellt.

Es gibt 23 Teilnehmer, die in der O-Phase sind, 29 sind in der K- und 4 in der A-Phase.

6.2 Vergleich der Wahrnehmung klinikinterner Räume (Prioritätentabelle)

Meine Auswertungen basieren auf folgende Angaben

Fragebogen	Räume nach Priorität		
	1	2	3
1	Raucherinsel	Freizeitraum	Wohnbereich
2	Freizeitraum	Wohnbereich	eigenes Zimmer
5	eigenes Zimmer	Freizeitraum	Raucherinsel
6	Freizeitraum	Wohnbereich	eigenes Zimmer
9	Wohnbereich	Raucherinsel	Freizeitraum
10	Raucherinsel	eigenes Zimmer	Wohnbereich
14	eigenes Zimmer	Gesprächstherapie	Außenflächen
15	Wohnbereich	Raucherinsel	eigenes Zimmer
21	eigenes Zimmer	Außenflächen	Raucherinsel
27	Freizeitraum	Wohnbereich	eigenes Zimmer
38	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Freizeitraum
43	Raucherinsel	Freizeitraum	Wohnbereich
44	eigenes Zimmer	Raucherinsel	Einkauf
45	eigenes Zimmer	Ergotherapie	Einkauf
46	Freizeitraum	Wohnbereich	Raucherinsel
48	Raucherinsel	Ergotherapie	eigenes Zimmer
49	Wohnbereich	Gesprächstherapie	Freizeitraum
51	Raucherinsel	Freizeitraum	Wohnbereich
52	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Raucherinsel
53	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Wohnbereich
54	Wohnbereich	Freizeitraum	
55	eigenes Zimmer	Raucherinsel	Wohnbereich
56	Raucherinsel	eigenes Zimmer	Wohnbereich

Tabelle 5: Angaben Priorität der Räume durch Rehabilitanden (O-Phase)

Fragebogen	Wichtige Räume		
	1	2	3
3	Hygieneraum	Wohnbereich	eigenes Zimmer
4	Gesprächstherapie	Freizeitraum	Einkauf
7	Freizeitraum	Wohnbereich	Freizeitraum
8	eigenes Zimmer	Gesprächstherapie	Raucherinsel
11	eigenes Zimmer	Freizeitraum	Freizeitraum
16	Wohnbereich	eigenes Zimmer	Außenflächen
17	eigenes Zimmer	Freizeitraum	Raucherinsel
18	eigenes Zimmer	Außenflächen	Außenflächen
19	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Außenflächen
20	eigenes Zimmer	Raucherinsel	Außenflächen
22	eigenes Zimmer	Außenflächen	Wohnbereich
23	eigenes Zimmer	Außenflächen	Hygieneraum
24	Wohnbereich	Freizeitraum	eigenes Zimmer
25	eigenes Zimmer	Freizeitraum	Freizeitraum
28	eigenes Zimmer	Raucherinsel	Freizeitraum
29	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Freizeitraum
30	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Raucherinsel
31	eigenes Zimmer	Außenflächen	Wohnbereich
32	Freizeitraum	Wohnbereich	eigenes Zimmer
33	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Freizeitraum
34	eigenes Zimmer	Wohnbereich	Freizeitraum
35	Gesprächstherapie	Ergotherapie	Außenflächen
36	eigenes Zimmer	Außenflächen	Hygieneraum
37	eigenes Zimmer	Freizeitraum	Wohnbereich
40	Freizeitraum	Wohnbereich	Raucherinsel
41	eigenes Zimmer	Raucherinsel	Freizeitraum
42	eigenes Zimmer	Raucherinsel	Freizeitraum
47	Wohnbereich	Raucherinsel	Einkauf
51	Raucherinsel	Freizeitraum	Wohnbereich

Tabelle 6 : Angaben Priorität der Räume durch Rehabilitanden (K-Phase)

Erstaunlicher Weise wurden von allen Rehabilitanden (auch von denen der A-Phase) bei dieser offenen Frage hauptsächlich Angaben in Form von

klinikinternen Räumen und Plätzen gemacht. Abgesehen von der Orientierung nach außen im Cluster „Außenflächen“ liegt der Fokus Aufenthalte und Nutzung von Räumen bei den Rehabilitanden eindeutig innerhalb des Klinikgeländes.

Betrachtet man ausschließlich die Raumangaben ohne deren Prioritäten zu beachten, so kann man folgendes feststellen:

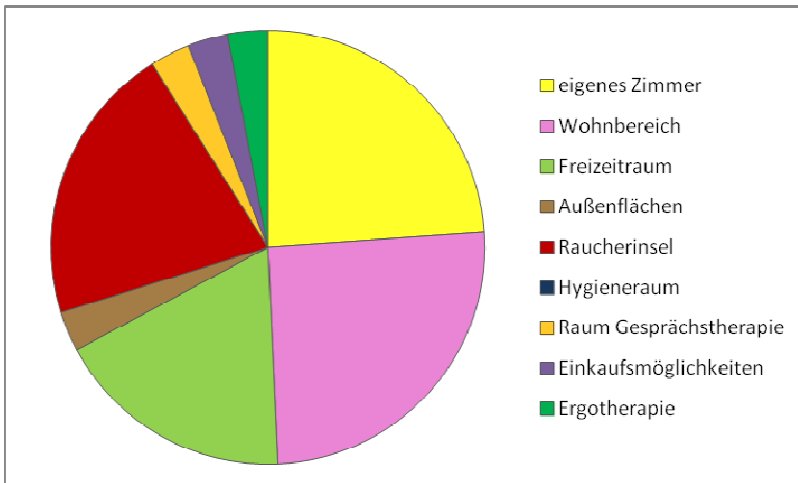


Abbildung 4: Gesamtangaben der Orte (O-Phase)

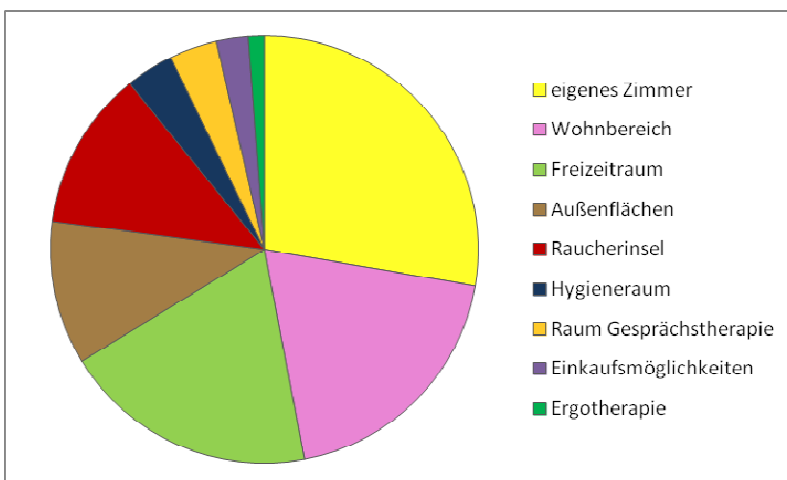


Abbildung 5: Gesamtangaben der Orte (K-Phase)

Das Spektrum der genannten Räume unterscheidet sich nur unwesentlich. Es wird lediglich der Hygienerraum in der K-Phase zusätzlich benannt. In dieser Phase werden sozusagen alle möglichen Räume aufgezeigt, was schlussfolgern lässt, dass jede Räumlichkeit auch ihren Stellenwert in

dieser Phase hat. Es gibt klinikintern keine Räume und Plätze, die ohne Wichtigkeit existieren (ausgehend von den Clustern).

In beiden Fällen nehmen das eigene Zimmer und der Wohnbereich fast 50% (O-Phase: 47,83%; K-Phase: 44,83%) ein, wobei das eigene Zimmer bei den K-Phasen-Mitgliedern minimal häufiger als bei den O-Phasen-Mitgliedern genannt wurde. Die Häufigkeit der Freizeiträume, der Gesprächs- und Ergotherapie sowie dem Netto (es wurde immer der Netto als Einkaufsmöglichkeit angegeben) haben sich nicht wesentlich unterschieden. Lediglich die Raucherinsel wurde in der O-Phase häufiger und die Außenanlagen seltener als in der K-Phase benannt. Die Begründung der Außenflächen liegt unter anderem darin, dass in diesem Cluster auch die klinikexternen Plätze wie Seen und Wälder mit inbegriffen sind. Diese können jedoch erst durch Rehabilitanden der K- und A-Phase genutzt werden.

Wenn man die Außenflächen nochmal aufsplittet zeigt sich erstaunlicher Weise, dass von zwei Antworten in der O-Phase ein Platz klinikintern und einer klinikextern (Hubertusburgplatz) ist. Die außergewöhnliche Nutzungsmöglichkeit eines klinikexternen Platzes in der O-Phase ist eventuell damit zu begründen, dass „Sissy Deluxe“ eine Sonderausgangsabsprache mit ihren Therapeuten hat (die Betroffene ist in der zweiten Behandlungswoche). Die Angaben sind also zu 50% auf klinikexterne, sowie zu 50% auf klinikinterne Plätze bezogen. Dieses Ergebnis ist identisch mit dem Ergebnis der K-Phasen- und auch der A-Phasen-Mitglieder. Auch hier antworteten 50% (K-Phase: 5 von 10; A-Phase: 1 von 2) mit jeweils externen und internen Plätzen.

Generell werden in der Prioritätenfrage die Außenanlagen durch die K-Phasen-Mitglieder häufiger aufgezählt. Jedoch scheint es egal zu sein, ob sich die Außenanlagen innerhalb oder außerhalb des Klinikgeländes befinden. Es ist davon auszugehen, dass es eine persönliche Einstellung ist, ob man die klinikexternen (Wald, Seen) oder klinikinternen Außenplätze (Schaukel, Wiese) nutzt. Dies ist somit therapiephasenunabhängig. Nur die prozentuale Häufigkeit der Nennung unterscheidet sich in den Phasen (O-Phase: 2,9%; K-Phase: 10,34%).

Begründbar ist die hohe Wahrnehmung der Nahräume (eigenes Zimmer und Wohnbereich) auch mit dem Zonenmodell (siehe Kapitel 2.3 Sozialraumaneignung). Der Nahraum wird gerade durch die Neuankömmlinge intensiver wahrgenommen und genutzt. Das hält auch noch in der Kernphase an. Auch im Inselmodell (siehe Kapitel 2.3 Sozialraumaneignung) ist der Wohnort das Zentrum der Wahrnehmung und Nutzung.

Die Beantwortung der Hypothese ist aus diesen Angaben noch nicht eindeutig.

Ebenso kann man vermuten, dass Betroffene der O-Phase in ihrer ersten Zeit, wo sie noch meist intensiv motiviert sind, dem Kontext der Therapie sehr viel Aufmerksamkeit beimessen. Ihr Ehrgeiz ist sehr groß und ihnen fehlt noch die Gelassenheit sich für sich Zeit zunehmen. Sie sind damit beschäftigt die Mitbewohner und ihre nähere Umgebung kennenzulernen und sich selbst in der Gruppe zu finden.

Bezieht man nun die Priorität mit ein, so erhält man folgende Diagramme:

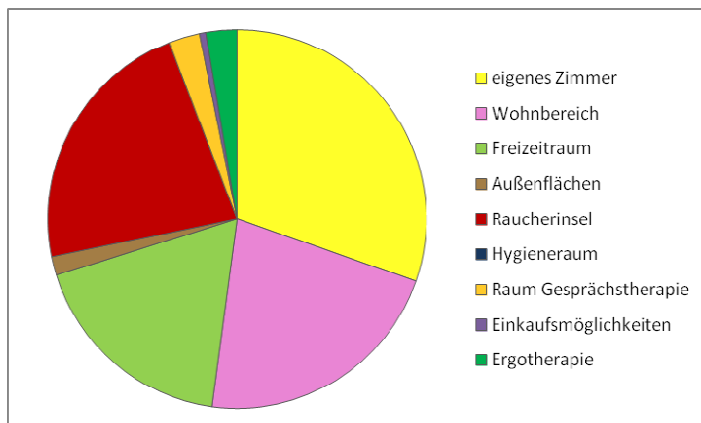


Abbildung 6: Prioritäten der Räume (O-Phase)

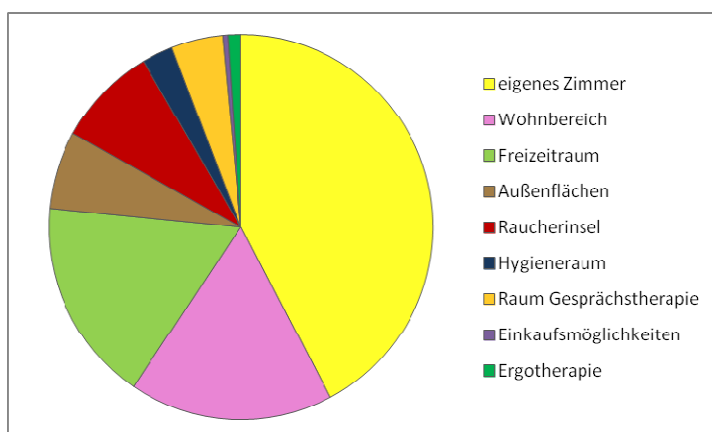


Abbildung 7: Prioritäten der Räume (K-Phase)

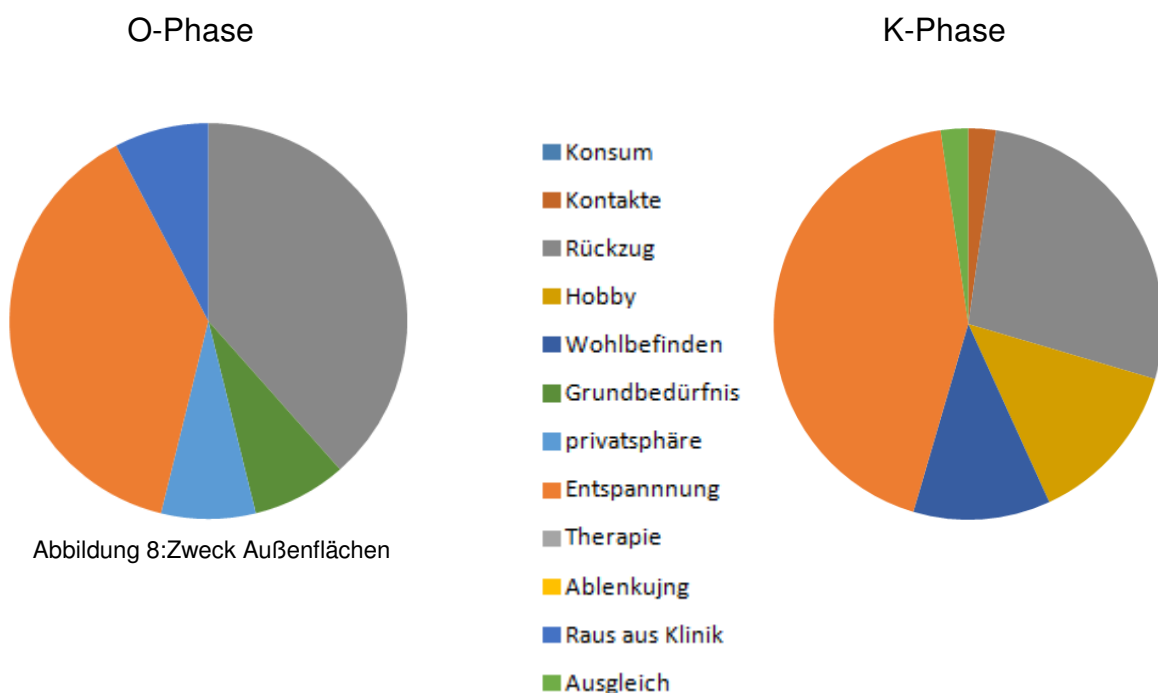
Abb. 7: Prioritäten der Räume in der K-Phase

Die Wichtigkeit des eigenen Zimmers hat in beiden Phasen (im Vergleich zur reinen Gesamtangaben der Räume Abb. 4 und Abb. 5) auf Kosten der Einkaufsmöglichkeiten und der Außenflächen zugenommen. Die Wichtigkeit der Raucherinsel hat in der K-Phase abgenommen.

Im nochmaligen Vergleich der Phasen miteinander ist zu erkennen, dass Wichtigkeit der Raucherinsel in der O-Phase bedeutender als in der K-Phase ist. Die Relevanz der Einkaufsmöglichkeit (O-Phase: 0,53%; K-Phase: 0,43%) ist vorhanden, jedoch in beiden Phasen sehr gering. Nun ist deutlicher zu erkennen, dass das eigene Zimmer in der K-Phase mit 42,3% einen sehr hohen Stellenwert hat (O-Phase: 30,32%).

Im Bezug auf die Außenorientierung sind die Werte der Außenflächen nochmal zu betrachten. Den Rehabilitanden der O-Phase sind mit 1,6% (dann jeweils 0,8% klinikintern, beziehungsweise klinikextern) die Außenflächen wichtig. Bei den K-Phasen-Mitgliedern sind es 6,51% (jeweils 3,25% klinikextern und – intern). Den Rehabilitanden der K-Phase sind Außenplätze (auch die Externen) demzufolge viermal wichtiger.

Diesbezüglich möchte ich auf die Begründung der Rehabilitanden für die Nutzung der Außenflächen eingehen.



Die höhere Vielfalt der Antworten im K-Phasen-Bereich ist darauf zurückzuführen, dass es mehr Befragte gab, die diese Frage nach wichtigen Orten mit „Außenflächen“ beantwortete (O-Phase: 2, K-Phase: 10).

Die Außenbereiche werden überwiegend als entspannend wahrgenommen (O-Phase: 38,5%; K-Phase: 43,2%). Sie dienen ebenso dem Rückzug (O-Phase: 38,5%; K-Phase: 27,3%).

Der Anteil der Entspannung ist in beiden Phasen annähernd gleich gewichtet. Die Wichtigkeit zum Rückzug ist in der O-Phase präsenter als in der K-Phase.

Die restlichen Angaben sind sehr unterschiedlich. In der O-Phase gibt „Sissy Deluxe“ (die ihren Platz klinikextern angibt) an, dass ihr dieser Platz Sicherheit vermittelt (Grundbedürfnis) und sie da ihre Privatsphäre genießt.

In der K-Phase werden andere Zwecke der Außenflächennutzung angegeben: Nachgehen eines Hobbies, Wohlbefinden fördern, als Ausgleich und um soziale Kontakte zu fördern.

Die Wichtigkeit einem Hobby nachzugehen ist auch nicht phasenspezifisch (O-Phase: 11,41%; K-Phase: 12,1%). Die Orte, wo diese Hobbies ausgeübt werden, sind wiederum Persönlichkeitsabhängig.

Es lässt sich für mich keine schlüssige Antwort bezüglich der Hypothese aus der Betrachtung der Prioritätentabelle erschließen.

6.3 Vergleich der Wahrnehmung der klinikexternen Umgebung (Mental-Map)

Ich betrachte wieder die Teilnahme von 23 O-Phasen-Rehabilitanden und 29 Rehabilitanden, die in der Kernphase sind. Ein K-Phasen-Rehabilitand hat diese Frage nicht bearbeitet und nichts gezeichnet. Er bleibt außen vor (ich beziehe mich also auf 28 K-Phasen-Rehabilitanden).

Zunächst geht es rein um die Wahrnehmung von Plätzen und Räumen, ohne diese in klinikintern und klinikextern zu unterscheiden.

Im Klinikbereich verteilen sich die Zahlen wie folgt:

Ort	O-Phasen-Angaben in Prozent	K-Phasen-Angaben in Prozent
Hauptgebäude	100	96,43
Nebengebäude	86,96	67,86
U-Haus	52,17	71,43
Raucherinsel	56,52	35,71
Raucherhaus	39,13	25
Grillstelle	21,74	3,57
Feuerstelle	26,09	10,71
Wiese, Bäume	39,13	32,14
Fußballfeld	13,04	3,57
Volleyballfeld	17,39	21,43
Slagline	13,04	0
Mülltonnen	4,35	3,57
Wäscheplatz	8,7	0
Parkplatz	13,04	7,14
Freisitz	39,13	10,71
Hundezwinger	8,7	3,57
Hasenstall	21,74	14,29
Turnhalle	21,74	14,29
Pferdestall	8,7	14,29
Fußballplatz (Ablaß)	4,35	14,29
Aquafitness	0	0

Tabelle 7:Angaben klinikinterner Räume in Prozent

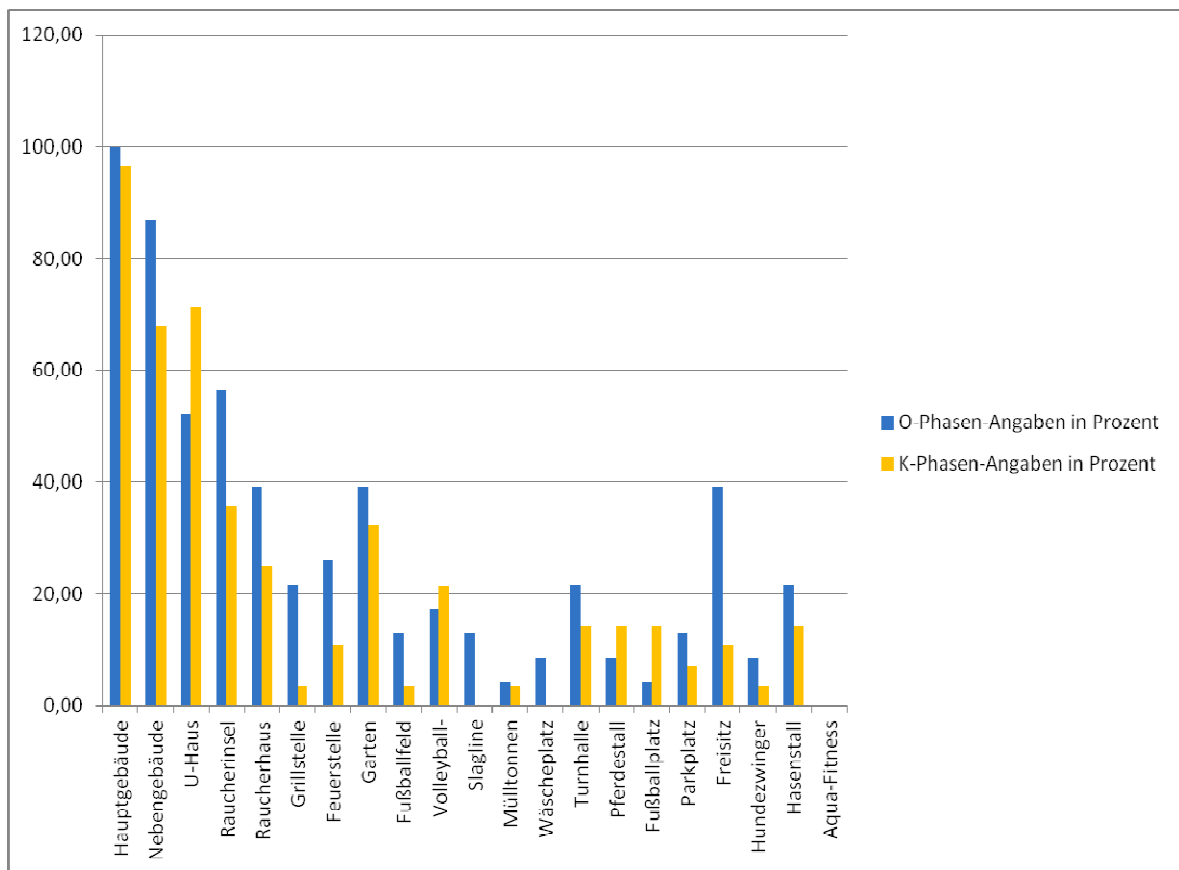


Abbildung 9 Angaben klinikinterner Ortsangaben in Prozent

Sehr gut erkennbar ist, dass das **Hauptgebäude** von (fast) ausschließlich allen Rehabilitanden wahrgenommen wird. Mir ist es unschlüssig, warum ein Rehabilitand der K-Phase dieses nicht angegeben hat. Eventuell ist es auf seine Erkrankung zurückzuführen.

Das **Nebengebäude** wird von den O-Phasen-Rehabilitanden mehr wahrgenommen.

Eventuell liegt es daran, dass sie dort anfangs bezüglich ihrer Aufnahme viele organisatorische Dinge erledigen müssen. Auch Freizeit- und Therapieräume befinden sich in diesem Gebäude. Das Freizeitangebot ist für die Befragten der O-Phase auf die klinikinternen Möglichkeiten beschränkt. Es ist davon auszugehen, dass diese auch auf Grund der Tatsache, dass diese Personen noch nicht im intensiven Therapieprozess sind, Freizeitaktivitäten verstärkt nutzen und deren Orte intensiver wahrnehmen (das Hobby als Zeitvertreib).

Andererseits nutzen auch K-Phasen-Rehabilitanden dieses Gebäude für Hobbies und um die Reisekosten für die Heimfahrten zurückerstattet zu bekommen.

Bis auf das U-Haus und die Sporteinrichtungen (Volleyballplatz, Fußballplatz, Reitstall) werden die klinikinternen Räume intensiver durch Rehabilitanden der O-Phase wahrgenommen.

Wenn man sich bei der Auswertung dieser Ergebnisse das Zonenmodell nochmal hernimmt, so könnte man auch behaupten:

Die Wahrnehmung der kliniknahen Räume wird von den Rehabilitanden der K-Phase übergangen. Sie sind schon soweit extern orientiert, dass sie die klinikinternen Sozialraumsegmente übergehen.

Ein weiterer Aspekt sind die klinikexternen Sportmöglichkeiten (Pferdestall, Fußballplatz in Ablaß), die von K-Phasen-Mitgliedern vermehrt wahrgenommen werden. Diese Plätze liegen außerhalb des Klinik- und Schlossgeländes. Man könnte sagen, dass sich K-Phasen-Rehabilitanden tendenziell nach außen orientieren und dies mit dem Zonenmodell von Zeiher begründen.

6.4 Vergleich der Wahrnehmung klinikexterner Räume und Plätze

Da es eine offene Frage nach den klinikexternen Räumen war, konnten sich die Rehabilitanden bei der Benennung und Anzahl diesbezüglich frei entfalten. Es wurden insgesamt 52 unterschiedliche Sozialraumsegmente genannt.

Bei den 23 O-Phasen-Rehabilitanden gab es also eine maximale Antwortanzahl von 1196 Antworten (23 Rehabilitanden mal 52 Räume = Anzahl der Raumeinzeichnungen im Mental-Map). Tatsächlich wurden 100 Orte eingezeichnet, was einen Prozentanteil von 8,36% ergibt.

Bei den 29 K-Phasen-Rehabilitanden waren es 75 Angaben. Das entspricht einem Prozentsatz von 4,97%.

6.5 Längsschnittbetrachtung (Panelstudie)

Alle 6 Längsstudienteilnehmer, die von der O- in die K-Phase gekommen sind, sind das erste Mal in Wermsdorf.

Da es nur 6 Teilnehmer waren, habe ich deren ersten mit dem zweiten Fragebogen direkt verglichen.

Ich beziehe mich nun ausschließlich auf die Mental-Maps:

Bei der Wahrnehmung der klinikinternen Orte

Fragebogen/Pseudoname	Anzahl der Ortsangaben klinikintern	Anzahl der Ortsangaben klinikintern
1/ Stokely RockRace	14	5
2/ Stokely RockRace	14	6
1/Fireball	5	0
2/Fireball	2	3
1/Noxik	10	6
2/Noxik	13	8
1/Nixe	2	6
2/Nixe	4	6
1/Pseudonymname	8	7
2/Pseudonymname	10	10
1/Sato	6	5
2/Sato	5	3

Tabelle 8: Anzahl der klinikinternen und –externen Orte (Längsstudie)

Bezüglich der klinikinternen Raumwahrnehmung macht ein Befragter die gleiche Anzahl an Orten, bei 3 Befragten nimmt die Anzahl der Orte zu und bei 2 Befragten nimmt die Anzahl ab.

Bezüglich der klinikexternen Raumwahrnehmung macht auch ein Befragter die gleiche Anzahl an Orten, bei 4 Befragten nimmt die Anzahl der Orte zu und bei 1 Befragten nimmt die Anzahl ab.

6.6 Auswertung in Bezug auf die Hypothese

Dieses Ergebnis der **Querschnittsbetrachtung** hätte ich nicht erwartet. Die Hypothese, dass die Wahrnehmung von sozialen Räumen beim Wechsel von der O- in die K-Phase, und somit auch eine deutliche Vergrößerung des Handlungsradiuses entsteht, zunimmt, hat sich in meiner Untersuchung nicht bestätigt.

Mögliche Ursachen liegen in der Motivation und Bereitschaft wirklich alles, was wahrgenommen wird aufzuzeichnen.

Die K-Phasen-Rehabilitanden kennen mich schon länger, sodass deren Bestreben mir einen „Gefallen“ zu tun, evtl. höher war, als das der O-Phasen-Rehabilitanden.

Die Ergebnisse der **Längsschnittbetrachtung** bestätigen wiederum die Hypothese. klinikinterne Sozialraumsegmente werden tendenziell (wenn auch sehr minimal) weniger wahrgenommen. Eine Ausweitung der sozialen Räume im klinikexternen Bereich nach dem Eintritt in die K-Phase ist in meiner Umfrage bestätigt, da der überwiegende Teil (66,67%) mehr Räume wahrnimmt.

Nun widersprechen sich die Ergebnisse der Querschnittsauswertung mit denen der Längsschnittbetrachtung. Die Hypothese kann somit weder bestätigt, noch widerlegt werden.

7. Fazit

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Sozialraumorientierung hat mir sehr viel Spaß gemacht. Es ist ein Bereich, in dem ich mein Wissen durch diese Arbeit enorm erweitert habe und auch bewusst aufmerksamer mit den Kontexten Raum und Nutzung dieser umgehe. Mir sind viele Dinge (zum Beispiel das Übergehen von Räumen nach dem Inselmodell) klarer geworden. Ich würde gern an der Beantwortung der anderen Hypothesen weiterarbeiten und bin gespannt auf die Ergebnisse. Mit dem Wissen aus Goffmans „Asyle“ wäre ich auch gern noch auf ein paar Hausordnungspunkte eingegangen, um die Lage der Rehabilitanden in ihrem Sozialraumkontext etwas zu erläutern.

Ein weiteres Ergebnis, was die Auswertung der Arbeit konkret angeht, ist, dass ich davon ausgehen kann, dass die Klinik mit ihrem großen und breitgefächerten Angebot an Sozialraumsegmenten, den Rehabilitanden sehr viele Möglichkeiten der Entfaltung bietet. Auch der Zeitraum der O-Phase ist scheinbar angemessen. Die Rehabilitanden haben ja ab einem bestimmten Zeitpunkt die Möglichkeit auch klinikexterne Plätze wahrzunehmen. Das Gefühl des Eingesperrt seins scheint nicht lange anzuhalten, da eine erwartete enorme Ausweitung der Bezugsorte nach dem Phasenwechsel nicht eintrat. Die Klinik scheint bezüglich ihrer Räume eine kleine, in sich geschlossene Welt sein zu können, die sich jedoch auch nach außen gern öffnet.

Ich möchte mich nochmals für die sehr gute Kooperation während der Bearbeitung des Themas bei meinen Korrekturlesern und Betreuern Herrn Prof. Dr. phil. Stephan Beetz und Frau Dipl. Soz.-päd. Katrin Deubel sowie unserem Chefarzt Dr. med. Abiodun Bernard Joseph recht herzlich bedanken.

.

Alles hat mit Sozialraum zu tun:

„Die Weltanschauung einer Gruppe unterstützt deren Mitglieder und bietet ihnen, wie zu erwarten, eine selbst-rechtfertigende Definition ihrer eigenen Situationen und vorurteilsvolle Ansichten über Nicht-Mitglieder, in diesem Falle die Ärzte, Schwestern, Therapeuten ... „ (Goffman, 1973, S. 8)

8 Quellen

8.1 Literaturverzeichnis:

Arnold, Wilhelm; Eysenck, Hans; Meili, Richard (2007), Herders Lexikon der Psychologie, Verlag HOHE

Deinet, Ulrich (2008): Sozialraumorientierung und Raumaneignung. In: Coelen, Thomas; Otto, Hans-Uwe (2008): Grundbegriffe Ganztagsbildung – Das Handbuch; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Deinet, Ulrich (2014); Vom Aneignungskonzept zur Activity Theory – Transfer des tätigkeitsorientierten Aneignungskonzepts der kulturhistorischen Schule auf heutige Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen; socialnet Verlag

Hobmair, Hermann (2008, 4. Auflage, 2. Korrigierter Nachdruck); Psychologie; Bildungsverlag EINS GmbH, Troisdorf

Michel, Christian; Novak, Felix (1990); Kleines Psychologisches Wörterbuch; Herder Verlag GmbH

Therapeutisches Konzept – Fachklinik zur Rehabilitationsbehandlung
Erwachsener mit Abhängigkeitserkrankung mit speziellem Schwerpunkt
auf Doppeldiagnosen, klinikinternes Dokument

8.2 Internetverzeichnis:

Betäubungsmittelgesetz (§35 BtmG):

www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/___35.html

(Zugriff am 07.11.2014)

Biographische Daten der Autoren:

<http://www.socialnet.de/rezensionen/1534.php> (Zugriff am 11.09.2014)

http://de.wikipedia.org/wiki/Erving_Goffman (Zugriff am 11.09.2014)

Definition von Wahrnehmung:

www.uni-protokolle.de/Lexikon/Wahrnehmung.html

(Zugriff am 27.09.2014)

DRV Bund (01.10.2005, 2. Fassung), Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen

http://www.suchthilfe.de/basis/leitlinien_reha_abhaengigkeitserkr10-2005.pdf (Zugriff am 05.11.2014)

Inselmodell nach Helga Zeiher

<http://ganztage-blk.de/ganztags-box/cms/upload/sozialraumorientierung/bilder/bild2.jpg> (Zugriff am 10.11.2014)

Nina Baur (21.03.2013) Die Interaktion von Mensch und Raum durch Raumproduktion, Raumwahrnehmung und Raumaneignung::

www.soziologie.de/blog/?p=1369 (Zugriff am 15.10.2014)

Städtisches Landesamt des Freistaates Sachsen (31.01.2014) Einwohnerzahl
Gemeinde Wermsdorf

[www.statistik.sachsen.de/download/010_GB-
Bev/Bev_Z_Gemeinde_akt.pdf](http://www.statistik.sachsen.de/download/010_GB-Bev/Bev_Z_Gemeinde_akt.pdf) (Zugriff am 07.11.2014)

Vorstellung der Fachklinik für Drogenrehabilitation Wermsdorf

www.awo-in-sachsen.de/fachklinik-fuer-drogenrehabilitation,154.php
(Zugriff am 07.11.2014)

Ziervogel, Daniela (2009); Mental-Map-Methoden in der Quartiersforschung
– Wahrnehmung, kognitive Repräsentation und Verhalten im Raum;

[http://info.tuwien.ac.at/urbanistik/files/Website%20Downloads/Publikation
en/Ziervogel_Mental-Map.pdf](http://info.tuwien.ac.at/urbanistik/files/Website%20Downloads/Publikationen/Ziervogel_Mental-Map.pdf) (Zugriff am 05.11.2014)

Zonenmodell von Dieter Baake

[http://ganzttag-blk.de/ganztags-box/cms/upload/sozialraumorientierung
/bilder/bild1.jpg](http://ganzttag-blk.de/ganztags-box/cms/upload/sozialraumorientierung/bilder/bild1.jpg) (Zugriff am 10.11.2014)

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich,

Bianca Weiland (geb. am 04.09.1983; Matrikel-Nr. 30935),

dass ich diese Bachelorarbeit zum Thema

Die Wahrnehmung des Sozialraumes
einer psychiatrischen Klinik durch Rehabilitanden
am Beispiel einer Einrichtung in Nordsachsen

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und
Hilfsmittel verwendet habe, sowie Zitate kenntlich gemacht wurden.

Mittweida, den 25.02.2015